



UNIVERSIDAD DE HUÁNUCO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
SEGUNDA ESPECIALIDAD EN OBSTETRICIA

TESIS

**“IMPORTANCIA DEL USO DE LA ECOGRAFÍA EN EL
DIAGNÓSTICO DE COMPLICACIONES MATERNO FETALES,
EN GESTANTES DEL CENTRO DE SALUD PERU
COREA- HUÁNUCO-2018”**

**PARA OPTAR EL TITULO DE SEGUNDA
ESPECIALIDAD PROFESIONAL
MENCION EN MONITOREO FETAL Y ECOGRAFÍA OBSTÉTRICA**

AUTOR

Anibal Mauro, FUSTER ATENCIO

ASESORA

Dra. Juana Irma, PALACIOS ZEVALLOS

HUÁNUCO – PERÚ

2019



FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

"AÑO DE LA LUCHA CONTRA LA CORRUPCIÓN E IMPUNIDAD"

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

En la ciudad de Huánuco siendo las 16:00 horas del día 14 del mes de Noviembre en cumplimiento de lo señalado en el Reglamento de Títulos de la Segunda Especialidad, de Ciencias de la Salud de la Universidad de Huánuco, se reunió el jurado calificador integrado por los siguientes docentes: Dr. Edilberto Toscano Poma, **Presidente**, Obs. Esp. Marisol Sinche Alejandro, **Secretaría**, Obst. Esp. Maricela Marcelo Armas, **Vocal**.

Nombrados mediante RESOLUCIONES Nº 2020-2019-D-FCS-UDH de fecha 11 de noviembre del 2019, para evaluar la Tesis intitulada: **"IMPORTANCIA DEL USO DE LA ECOGRAFÍA EN EL DIAGNÓSTICO DE COMPLICACIONES MATERNO FETALES, EN GESTANTES DEL CENTRO DE SALUD PERU COREA - HUÁNUCO - 2018"**, presentado por don: **Aníbal Mauro FUSTER ATENCIO**, para optar el Título de Segunda Especialidad Profesional mención en Monitoreo Fetal y Ecografía Obstétrica.

Dicho acto de sustentación se desarrolló en dos etapas: Exposición y absolución de preguntas; procediéndose luego a la evaluación por parte de los miembros del jurado.

Habiendo absuelto las interrogantes formuladas por los miembros del Jurado y de conformidad con las respectivas disposiciones reglamentarias, procedieron a deliberar y calificar, declarándolo (a) aprobado Por unanimidad con el calificativo cuantitativo de 17 y cualitativo de muy bueno

Siendo las 17:30 horas del día 14 del mes de Noviembre del año 2019, los miembros del Jurado Calificador firman la presente Acta en señal de conformidad.


PRESIDENTE
Dr. Edilberto Toscano Poma


SECRETARIA

Obst. Esp. Marisol Sinche Alejandro


VOCAL

Obst. Esp. Maricela Marcelo Armas

DEDICATORIA

El presente trabajo está dedicado a mi Madre por haber sido mi apoyo en su debido momento, quien con sus consejos supo guiarme a lo largo de mi vida. A todas las personas que me acompañaron en esta etapa, aportando conocimientos a mi formación profesional y también como ser humano.

AGRADECIMIENTOS

Quiero agradecer a Dios, quien con su bendición llena siempre mi vida, de igual modo a mi padre y hermanos por estar siempre presentes.

El presente trabajo, si bien ha requerido de esfuerzo y dedicación no hubieses sido posible su culminación sin la cooperación desinteresada de mi familia, Liz y Arellys, quienes me acompañaron en el recorrido laborioso de este proyecto de estudio y en muchas de las cuales han sido un soporte fuerte en momentos de angustia y desesperación, por ello mi agradecimiento.

No puedo dejar de agradecer a mi asesora, quien desde el primer momento me brindo su bondad y su profesionalismo para iniciar y terminar esta etapa de mi carrera profesional.

INDICE

DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTOS.....	iii
INDICE.....	iv
RESUMEN.....	vi
SUMMARY	vii
INTRODUCCION.....	viii

CAPITULO I

1 PLANTEAMIENTO DE LA INVETIGACION

1.1 Descripción del problema	12
1.2 Formulación del Problema	15
1.2.1 Problema general	15
1.2.2 Problemas específicos	16
1.3 Objetivo General	16
1.4 Objetivos Específicos.....	16
1.5 Justificación de la investigación	17
1.5.1 Justificación teórica:	17
1.5.2 Justificación práctica:	17
1.6 Limitaciones de la investigación	18
1.7 Viabilidad de la investigación.....	18
1.7.1 Viabilidad académica.	18
1.7.2 Viabilidad institucional.....	18
1.7.3 Viabilidad económica.	18

CAPITULO II

2 MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes de la Investigación	19
2.2 Bases Teóricas	28
2.3 Definiciones Conceptuales	38
2.4 Sistema de Hipótesis	39
2.5 Sistema de Variables	39
2.5.1 -Variable Independiente	39

2.5.2	-Variable dependiente	39
2.6	Operacionalización de Variables	41

CAPITULO III

3 MARCO METODOLÓGICO

3.1	Tipo de investigación	42
3.1.1	Enfoque.....	42
3.1.2	Alcance o nivel	42
3.1.3	Diseño	42
3.2	Población y muestra	43
3.2.1	La población.....	43
3.2.2	Muestra:	43
3.3	Técnicas e instrumento de recolección de datos	45
3.4	Técnicas para el procesamiento y análisis de la información, plan de actividades si es experimental.....	45

CAPITULO IV

4 RESULTADOS46

4.1	Procesamientos de datos	46
-----	-------------------------------	----

CAPITULO V57

5 DISCUSIÓN DE RESULTADOS

5.1	Contrastación de resultados	57
-----	-----------------------------------	----

CONCLUSIONES	59
--------------------	----

RECOMENDACIONES.....	60
----------------------	----

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	61
---------------------------------	----

ANEXOS.....	66
-------------	----

RESUMEN

El presente estudio titulado IMPORTANCIA DEL USO DE LA ECOGRAFIA EN EL DIAGNOSTICO DE COMPLICACIONES MATERNO FETALES, EN GESTANTES DEL CENTRO DE SALUD PERU COREA- HUÀNUCO-2018, se desarrolló con el objetivo de Determinar cuál es la importancia del uso de la ecografía en el diagnóstico de complicaciones materno fetal, el tipo de investigación fue descriptivo, prospectivo, tuvo como población de estudio a 129 gestantes. Los resultados obtenidos fueron: El grupo etario que mayor porcentaje obtuvo estuvo entre los 25 a 29 años, con el 30%; estado civil conviviente con el 39%, la procedencia de la zona urbana el 76%, que el 42% fueron multíparas, iniciaron la atención pre natal el 76% lo inició entre las 13 a 20 semanas de gestación, por FUM 43% estuvo entre las 37 a 40 semanas de gestación, realizó la ultrasonografía, tenemos: a la edad gestacional menor de 37 semanas lo hicieron el 41%, vía del parto, 60% tuvo parto vaginal, ponderado fetal ultrasonográfico, el 47% tenía un ponderado de 3100 a 3500, patologías más frecuentes diagnosticadas a través de la ecografía obstétrica Sufrimiento fetal con el 25%.

Palabras claves: Ecografía, diagnostico, complicaciones, gestantes.

SUMMARY

The present study titled IMPORTANCE OF THE USE OF THE ECOGRAPHY IN THE DIAGNOSIS OF FETAL MATERNAL COMPLICATIONS, IN WINNERS OF THE HEALTH CENTER PERU KOREA-HUÀNUCO-2018, was developed with the objective of determining what is the importance of the use of ultrasound in diagnosis of maternal-fetal complications, the type of investigation was descriptive, prospective, had as a study population 129 pregnant women. The results obtained were: The age group with the highest percentage was between 25 and 29 years old, with 30%; cohabiting civil status with 39%, the origin of the urban area 76%, that 42% were multiparous, initiated prenatal care 76% began between 13 to 20 weeks of gestation, by WUF 43% was between 37 to 40 weeks of gestation, performed ultrasonography, we have: at gestational age less than 37 weeks did it 41%, delivery route, 60% had vaginal delivery, weighted ultrasonographic fetal, 47% had a weighted of 3100 to 3500, more frequent pathologies diagnosed through obstetric ultrasound Fetal suffering with 25%.

Keywords: Ultrasound, diagnosis, complications, pregnant

INTRODUCCION

El examen que se realiza ecográficamente, representa un elemento de mucha utilidad para realizar una adecuada evaluación a la gestante durante la evolución de la misma.

Se debe tener en cuenta que en la actualidad la medicina, esta diseñando estrategias que se enmarcan en la prevención de la salud, por ello es de suma importancia realizar los diagnósticos en forma temprana y oportuna, utilizando métodos que sean de mucha utilidad y de ayuda, entre ellos el examen ecográfico.

En el caso de la mujer embarazada, los exámenes de ultrasonido son realizados para detectar los casos de mayor riesgo de problemas maternos o fetales. Además tienen como objetivo más específico obtener una apreciación de las características y conformación general del bebé, placenta y líquido amniótico.

Al realizar estas evaluaciones, se determinan con precisión el crecimiento y desarrollo normal in útero, se estima la edad gestacional, el peso y la talla del bebé y a la vez, se puede proyectar ese peso fetal al momento del parto. En resumen, es la forma de examinar clínicamente al paciente antes que nazca. Por lo mismo, es fundamental que los realice un profesional con formación adecuada y con entrenamiento en centros de alto nivel, ya que muchas veces son claves en el manejo y toma de decisiones durante el embarazo.(1)

La utilización del examen ecográfico en la etapa de la gestación es de primordial importancia, puesto que, a través de esta técnica, se comprueban

y diagnostican el crecimiento y desarrollo fetal, así como la detección temprana de anomalías que puedan suceder en la madre y el producto de su gestación.

En la actualidad los equipos ecográficos son fácilmente utilizables, ya que existen los portátiles, que pueden ser fácilmente trasladados de un sitio a otro facilitando el examen ecográfico, de igual forma es un examen de ayuda diagnóstica muy fácil de realizarlo y se encuentra a disponibilidad de todas las gestantes, y del mismo modo facilita el resultado inmediato al especialista, para determinar la conducta a seguir con la gestante.

Por medio de este examen se determinan la edad gestacional, utilizando varios parámetros fetales para establecer el tiempo del embarazo, así por ejemplo midiendo la distancia del saco gestacional, el diámetro de la cabeza del feto (diámetro biparietal), amplitud cráneo - rabadilla, extensión el hueso de la pierna (fémur), diámetro de la circunferencia abdominal y calcular mediante este último dato el peso fetal.

De la misma forma la ecografía nos permitirá determinar en qué posición se encuentra el feto dentro del claustro materno, también nos permite diagnosticar el número de fetos existentes, precisando muy rápidamente las gestaciones múltiples sobre todo los gemelares esto más nítidamente a partir de la décima semana de embarazo, por otro lado también nos permite la detección de las alteraciones que puede existir como ser: aborto diferido, huevo huero, embarazos fuera del útero, de igual manera permitirá la identificación de las malformaciones y es de gran ayuda y aporte por excelencia en los estudios que se realizan en el líquido amniótico a través de la punción. Con el examen ecográfico se facilita haciendo posible, la determinación de

lugar de la localización placentaria y el estado de maduración de la misma, también nos proporciona la cantidad de líquido amniótico y realizar la valoración sobre el crecimiento y desarrollo del feto, este examen tiene la propiedad de fortalecer el vínculo conyugal ayudando a las parejas a visualizar a través de la pantalla todos los movimientos y escuchar los latidos cardiacos fetales. Hasta la fecha no existen ningún tipo de información que reporten algún efecto nocivo que se pueda producir por causa de la toma de una ecografía. (2)

El examen ecográfico representa un tipo de ayuda al diagnóstico a través de imágenes, que son utilizadas por medio de sonidos no audibles por el oído del ser humano, estos sonidos son los denominados ultrasonidos, los cuales se dirigen hacia el objeto a estudiar, en la generalidad de los casos el feto, para evidenciar su progreso. Estas ondas sonoras chocan con diversas estructuras: piel, grasa, músculo, piel, líquido. Pendiendo del contenido de agudeza en cada tejido, parte de los ultrasonidos que componen el haz continúa y otra parte se refleja. Los ultrasonidos reflejados son recogidos por la misma sonda que los emite y una vez analizados por el equipo se presentan en la pantalla en forma de imágenes ecográficas. El hueso es la estructura que más ecos rebota y aparece representado en blanco, mientras que el líquido, la que menos rebota, aparece en negro.

En términos generales, una ecografía suministra información sobre el curso del embarazo (asegura que el embrión / feto sigue vivo), la localización de la placenta, la cantidad de líquido amniótico, el número de fetos, el crecimiento fetal, el grado de bienestar fetal y la posición del feto dentro del útero. Y lo

más significativo: juega un papel primordial en el diagnóstico de anomalías fetales. (3)

En nuestro País, el Ministerio de Salud en la Guía de práctica clínica y de procedimientos en obstetricia y perinatología indica que la ecografía obstétrica en el tercer trimestre es significativa para poder establecer el bienestar fetal, ponderado fetal, valoración placentaria y de líquido amniótico. Sin embargo, en la Guía Nacional de Atención integral de Salud Sexual y Reproductiva de 2017, se menciona que la ecografía sólo debe ser utilizada cuando existan dudas en la edad gestacional o se presenten factores de riesgo durante la atención prenatal, ya que debe contribuir para tomar decisiones de manejo. (4)

CAPITULO I

1 PLANTEAMIENTO DE LA INVETIGACION

1.1 Descripción del problema

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha publicado una nueva serie de recomendaciones para mejorar la calidad de la atención prenatal con el fin de reducir el riesgo de muertes prenatales y complicaciones del embarazo, así como para brindar a las mujeres una experiencia positiva durante la gestación. (1)

El año pasado, unas 303 000 mujeres fallecieron por causas relacionadas con el embarazo, 2,7 millones de niños fallecieron durante los primeros 28 días de vida y la cifra de mortinatos alcanzó los 2,6 millones. La atención sanitaria de calidad durante el embarazo y el parto puede prevenir muchas de esas muertes; sin embargo, a nivel mundial solo el 64% de mujeres reciben atención prenatal cuatro o más veces a lo largo de su embarazo.

La atención prenatal es una oportunidad decisiva para que los profesionales sanitarios brinden atención, apoyo e información a las embarazadas. Ello incluye la promoción de un modo de vida sano, incluida una buena nutrición, la detección y la prevención de enfermedades, la prestación de asesoramiento para la planificación familiar y el apoyo a las mujeres que puedan estar sufriendo violencia de pareja. (2)

Como parte de las recomendaciones de la OMS se incluyen:

- El modelo de atención prenatal con un mínimo de ocho contactos recomendado para reducir la mortalidad perinatal y mejorar la experiencia de las mujeres con la atención.
- El asesoramiento sobre los hábitos de alimentación saludables y el mantenimiento de la actividad física durante el embarazo.
- La administración diaria por vía oral a las embarazadas de un suplemento que contenga entre 30 y 60 mg de hierro elemental y 400 µg (0,4 mg) de ácido fólico para prevenir la anemia materna, la sepsis puerperal, la insuficiencia ponderal al nacer y el parto prematuro.
- La vacunación con anatoxina tetánica para todas las embarazadas, en función de su exposición anterior a esta vacuna, para prevenir la mortalidad neonatal a causa del tétanos.
- La realización de una ecografía antes de las 24 semanas de gestación (ecografía temprana) para estimar la edad gestacional, mejorar la detección de anomalías fetales y embarazos múltiples, reducir la inducción del parto en embarazos prolongados y mejorar la experiencia del embarazo en las mujeres.
- La obtención de información de la embarazada sobre su consumo de alcohol y otras sustancias (anterior y actual) lo antes posible en el embarazo y en cada visita prenatal. (3)

Cada vez es mayor la importancia de la ecografía en el primer trimestre del embarazo, pues es el momento ideal para una correcta datación del embarazo y para establecer el riesgo de un embarazo. Hoy día no deberíamos establecer el riesgo de desarrollar una pre eclampsia exclusivamente en los antecedentes personales de la embarazada (edad, paridad, obesidad y antecedentes de hipertensión en embarazos previos), pues sólo identificaríamos al 20% de las que desarrollarían una pre-eclampsia. Ya se sabe que si a esto añadimos que las mujeres con mayor riesgo de desarrollar trastornos hipertensivos; en la ecografía de la semana 11-13 presentan un incremento de la tensión arterial por encima de la media y un índice de pulsatilidad de la arteria uterina elevado, junto con un descenso en sangre materna de los niveles de PAPP-A y del factor de crecimiento placentario (PIGF), con su determinación en este primer trimestre se podría alcanzar una tasa de detección de los trastornos hipertensivos del 90% con una tasa de falsos positivos del 5%.

La ecografía es una herramienta muy útil en la evaluación de la mujer embarazada.

La ecografía es un procedimiento de diagnóstico por imagen que utiliza haces de sonidos no audibles por el oído humano (ultrasonidos), que se dirigen hacia el objeto a estudiar, en la mayoría de los casos el feto, para comprobar su evolución. Estas ondas sonoras chocan con diferentes estructuras: piel, grasa, músculo, piel, líquido... Dependiendo de la capacidad de penetración en cada tejido, parte de

los ultrasonidos que componen el haz continúa y otra parte se refleja. Los ultrasonidos reflejados son recogidos por la misma sonda que los emite y una vez analizados por el equipo se presentan en la pantalla en forma de imágenes ecográficas. El hueso es la estructura que más ecos rebota y aparece representado en blanco, mientras que el líquido, la que menos rebota, aparece en negro.

En términos generales, una ecografía proporciona información sobre el curso del embarazo (asegura que el embrión / feto sigue vivo), la localización de la placenta, la cantidad de líquido amniótico, el número de fetos, el crecimiento fetal, el grado de bienestar fetal y la posición del feto dentro del útero. Y lo más importante: juega un papel fundamental en el Diagnóstico de anomalías fetales. (4)

La ecografía no utiliza radiaciones ionizantes del tipo de los rayos X, sino ultrasonidos. El paso de los ultrasonidos a través de los tejidos puede liberar calor, por efecto térmico, pero la cantidad liberada en los equipos médicos es insignificante, de tal modo que hasta la fecha no se ha podido detectar ningún efecto adverso por su uso, ni en la madre ni en el feto. Puedes estar pues totalmente tranquila a la hora de realizártela. (5)

1.2 Formulación del Problema

1.2.1 Problema general

¿Cuál es la importancia del uso de la ecografía en el diagnóstico de complicaciones materno fetal, en gestantes del centro de salud Perú Corea- Huánuco-2018?

1.2.2 Problemas específicos

¿Cuál es la sensibilidad de la ecografía en el diagnóstico de complicaciones materno fetal, en gestantes del centro de salud Perú Corea- Huánuco-2018?

¿Cuál es la especificidad de la ecografía en el diagnóstico de complicaciones materno fetal, en gestantes del centro de salud Perú Corea- Huánuco-2018?

¿Cuáles son las características maternas y obstétricas de las gestantes del centro de salud Perú Corea- Huánuco-2018?

1.3 Objetivo General

Determinar cuál es la importancia del uso de la ecografía en el diagnóstico de complicaciones materno fetal, en gestantes del centro de salud Perú Corea- Huánuco-2018.

1.4 Objetivos Específicos

✚ Determinar la sensibilidad de la ecografía en el diagnóstico de complicaciones materno fetal, en gestantes del centro de salud Perú Corea- Huánuco-2018

✚ Determinar la especificidad de la ecografía en el diagnóstico de complicaciones materno fetal, en gestantes del centro de salud Perú Corea- Huánuco-2018

- ✚ Determinar las características maternas y obstétricas de las gestantes del centro de salud Corea- Huánuco-2018

1.5 Justificación de la investigación

1.5.1 Justificación teórica:

Esta investigación se justifica teóricamente porque a través de los resultados que este estudio nos brinde, servirán para diferentes estudios sobre la validez de la ecografía obstétrica en el diagnóstico de las complicaciones materno fetales, pues al conocer la sensibilidad y la especificidad de este instrumento diagnostico se pensará mejor de la forma más adecuada al momento de precisar con respecto a la vía de parto.

1.5.2 Justificación práctica:

La investigación se desarrollará con el objetivo de la obtención del título de especialista así mismo nos va a enriquecer los conocimientos sobre la ecografía en el diagnóstico de las complicaciones materno fetales durante el embarazo, además que los resultados serán de utilidad para ayudar a la solución de problemas de esta índole.

Justificación metodológica:

Se justifica metodológicamente, porque la investigación se realizará usando métodos, técnicas y procedimientos con validez y confiabilidad que nos permitirán la obtención de resultados

Es así que, se está contribuyendo con la investigación en ciencias de la salud, específicamente dentro de la obstetricia

1.6 Limitaciones de la investigación

Las posibles limitaciones que podría tener el desarrollo del presente trabajo de investigación, serían: La poca disponibilidad de tiempo, la falta de apoyo logístico.

- Limitada bibliografía especializada sobre el tema investigado. La falta de antecedentes locales de nuestros propios establecimientos de salud, lo cual dificultara en la recopilación de información. Carencia de apoyo y orientación de profesionales especializados en el tema de investigación.

1.7 Viabilidad de la investigación

1.7.1 Viabilidad académica.

El estudio es viable académicamente ya que se sustenta en bases teóricas y conceptuales, seleccionadas de fuentes primarias y secundarias.

1.7.2 Viabilidad institucional.

El estudio es viable institucionalmente por contar con la autorización del jefe del establecimiento de salud donde se realizará el trabajo,

1.7.3 Viabilidad económica.

El estudio es viable económicamente pues los recursos económicos necesarios para realizar dicho estudio estarán a cargo del investigador.

CAPITULO II

2 MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes de la Investigación

PAZMIÑO FARFÁN JENNIFFER CRISTINA: “EFICACIA DE LA MEDICION DE FEMUR, POR ECOGRAFIA PARA VALORAR LA EDAD GESTACIONAL.” GUAYAQUIL-ECUADOR 2015-2016

Conclusiones: Las 108 pacientes que formaron parte del estudio tuvieron una edad que predominó entre los 20 – 29 años de edad, con el 41.6%. De las mujeres encuestadas el 23.1% tiene un solo hijo, el 39.8% tiene tres hijos o más, y el 37.0% tiene dos hijos. Observándose que existe que predomina las mujeres multigestantes. La fecha de la última menstruación (FUM) el 78.7% de las mujeres participantes estuvo seguro. En lo que respecta a las semanas de gestación, el mayor porcentaje corresponde a el 39.8% de mujeres con 38 semanas de gestación, siendo la minoría 33 semanas de gestación según fecha de última menstruación. Según el test de Capurro las semanas de gestación que predominó fue de 39 semanas con un porcentaje de 37.0 %, y en menor porcentaje de 34, 35, 41 y 42 semanas de gestación. En relación a madurez fetal encontramos que un 90.7% nació a término. El Ecopuntaje, en el grupo de estudio, demostró que posee una alta sensibilidad y una mínima especificidad para detectar a los recién nacidos a término. Igualmente, el valor predictivo positivo se encontró sobre el 90.8%. Razón de verosimilitud positiva de 1, razón de verisimilitud negativa de 0.90 y con un Índice de Youden de- 0.01,

por lo antes descrito se concluye que el método de Eco puntaje es eficaz para la detección de madurez fetal no así para la inmadurez fetal siendo para esta última de baja capacidad. Es un método con ventajas como inocuidad, no es invasivo, no se requiere de mayor tiempo que el usado en ultrasonido de rutina, pero se requiere de un profesional entrenado para que la prueba sea efectiva y eficaz. (6)

PAIM NETO NILO, MACHADO SIMON SÉLVIO: FACTOR DE PREDICCIÓN DE PREECLAMPSIA Y RESTRICCIÓN DEL CRECIMIENTO FETAL (R.C.I.U) HOSPITAL MATERNO INFANTIL GERMAN URQUIDI COCHABAMBA BOLIVIA 2012; realizó un estudio prospectivo, analítico, longitudinal en 96 pacientes que ingresaron al HMIGU con factores de riesgo para desarrollar Pre eclampsia y restricción del crecimiento fetal, en el período de Enero a Diciembre del 2007. Realizándose ecografía Doppler de las arterias uterinas, arteria umbilical y arteria cerebral media, para establecer la utilidad del estudio como método de predicción para las patologías mencionadas. En 96,55 % de las pacientes con notch en las arterias uterinas se estableció el diagnóstico de Pre eclampsia, con una sensibilidad de 87,5% y especificidad de 93,75 %. También se estableció el diagnóstico de R.C.I.U. (Restricción de Crecimiento Fetal Intra Uterino) en el 81,48 % de las pacientes con notch en las arterias uterinas. Con una sensibilidad de 88,89 % y especificidad de 76,19 %. En las pacientes con pre eclampsia, el principal marcador bioquímico de severidad es el Ácido úrico, que se encontraba elevado en el 35,42

% . La finalización de la gestación fue por cesárea en un 87,5 % y parto en el 12,5 %, con compromiso fetal en el 18,75 % de los neonatos. (7)

ENCARNACIÓN QUINCHE JOSÉ ELICEO: ESTUDIO COMPARATIVO ENTRE ECO OBSTÉTRICO, MEDICIÓN MANUAL DE LA ALTURA DEL FONDO UTERINO (AFU) Y FECHA DE LA ÚLTIMA MENSTRUACIÓN (FUM) EN LA DETERMINACIÓN DE LA EDAD GESTACIONAL Loja-Ecuador 2015,

Conclusiones: La variación de edad gestacional entre la fecha de última menstruación y la altura de fondo uterino en su mayor frecuencia fue de 2 semanas gestacionales, el 60 % lo que corresponde a 36 pacientes mientras que la variación de edad gestacional entre fecha de ultima menstruación y ecografía obstétrica es de 86.6 % que representa a 52 pacientes con una frecuencia entre 2 semanas gestacionales. Lo indica que la ecografía obstétrica en relación a la altura de fondo uterino constituye un método de imagen diagnóstico de mayor precisión para determinar la edad gestacional lo que fundamenta la gran demanda de su uso en el campo de la Ginecología y Obstetricia. La sensibilidad de la altura de fondo uterino es de 60 %, en comparación con la ecografía obstétrica cuya sensibilidad es de 86 % en la determinación de la edad gestacional. La correlación en la determinación de edad gestacional entre la altura de fondo uterino y ecografía obstétrica en el segundo trimestre es $r = 0.78$, en el tercer trimestre es $r = 0.32$ lo que se explica que a mayor edad gestacional existe mayor margen de error de estos dos métodos. La correlación en la determinación de edad gestacional entre la fecha de ultima menstruación y la altura de fondo uterino es $r =$

0.83 y la correlación entre la fecha de última menstruación y ecografía obstétrica es $r=0.94$ en el segundo trimestre, es decir a menor edad gestacional mayor grado de precisión y certeza tienen estos métodos. La correlación en la determinación de edad gestacional entre la fecha de última menstruación y la altura de fondo uterino es $r= 0.50$ y la correlación entre la fecha de última menstruación y ecografía obstétrica es $r= 0.57$ en el tercer trimestre.(8)

CASTRO DÍAZ GINA NOEMÍ: VALIDEZ DE LA ECOGRAFÍA OBSTÉTRICA EN LA MACROSOMÍA FETAL EN GESTANTES A TÉRMINO DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL VITARTE. ENERO - MARZO 2017

CONCLUSIONES La validez de la ecografía fetal para el diagnóstico de macrosomía en el Hospital Vitarte es buena, considerando que hay una sensibilidad de 81% y una especificidad de 93%, comparado con otros estudios tenemos que la sensibilidad es alta y la especificidad es similar. El uso de la ecografía obstétrica como examen auxiliar para la detección de macrosomía fetal es una herramienta importante para que el médico actuara y tome una decisión oportunamente y así se disminuya la morbilidad y mortalidad en el binomio madre-hijo. Dentro de las características maternas y obstétricas el rango de edad más frecuente fue el de 22- 26 años (30%); la mayoría de las gestantes en este nosocomio no tiene un peso ideal, por el contrario predomina la obesidad tipo I (43%), llegando a encontrar un pequeño porcentaje (1%) de gestantes con obesidad mórbida, la edad gestacional más frecuente fue la de 40 semanas (39%) y la altura uterina fue menor a 35 cm en la mayoría de

gestantes tanto ya sean madres de recién nacidos macrosómicos o no macrosómicos con un 68%.(9)

GRADOS ALVARADO PAMELA SHARON: HALLAZGOS MATERNO-FETALES EN LAS ECOGRAFÍAS OBSTÉTRICAS DEL TERCER TRIMESTRE DE GESTACIÓN DE LA CLÍNICA DR. LUIS QUITO NOVIEMBRE A DICIEMBRE DEL 2017 CONCLUSIONES -

Las características generales más frecuentes de las gestantes fueron la edad comprendida entre 19 y 24 años, tener entre 32 y 36 semanas de gestación por fecha de última regla y ser primigestas. - Los hallazgos maternos: Según la ecografía obstétrica del tercer trimestre, que se presentaron con mayor frecuencia fueron la inserción normal de la placenta, una posición anterior de la misma y un grado II de madurez placentaria; del líquido amniótico mostraron que no fue muy frecuente la alteración del volumen, mientras que el Oligohidramnios y Polihidramnios, se presentaron en una menor proporción. - Los hallazgos fetales: en las ecografías obstétricas del tercer trimestre mostraron que la mayoría no presentaron circular de cordón, ausencia de RCIU, poca frecuencia de macrosomía fetal y distocia de presentación.(10)

CALCÍN ROMERO, NAHARDA GLORIA: CORRELACIÓN ENTRE EL DIAGNOSTICO ECOGRAFICO PREOPERATORIO DE MACROSOMIA FETAL Y EL PESO DEL RECIEN NACIDO EN PACIENTES CESAREADAS DEL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA EN EL AÑO 2012, llegó a las siguientes conclusiones: La estimación del ponderado fetal siempre ha

preocupado al médico Gineco-Obstetra, que con ayuda de instrumentos como el ecógrafo se apoya para hacer un diagnóstico preoperatorio y así poder tomar la decisión más correcta para el manejo y culminación del parto evitando futuras complicaciones prevenibles. Objetivo: Determinar el grado de correlación entre el diagnóstico ecográfico preoperatorio de macrosomía fetal en pacientes cesareadas con el peso del recién nacido. Material y métodos: el presente es un estudio observacional, retrospectivo y transversal, realizado en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza de Arequipa, entre el 1 de Enero del 2012 y el 31 de diciembre del 2012. La población objeto de estudio estuvo conformado por todas los pacientes cesareadas con el diagnóstico preoperatorio de macrosomía fetal por el ponderado fetal a través de la ecografía. Quedaron así un total de 81 casos, de los cuales se revisó las historias clínicas, recopilando los datos maternos clínicos y ecográficos, además del ponderado fetal por ecografía. Luego se procedió a comparar el ponderado fetal con el peso del recién nacido mediante correlación. Resultado: el peso promedio del recién nacido fue de 4010 gr, mientras que el ponderado fetal estimado por ecografía fue 4198gr. La correlación entre ambas variables fue baja ($r=0.37$) y altamente significativa.(11)

LLACSA CHACON HENRY ARTURO: DETECCIÓN ECOGRÁFICA DE MACROSOMIA FETAL Y RESULTADOS PERINATALES DE ENERO A DICIEMBRE DEL 2014. HOSPITAL MARINO MOLINA SCIPPA – COMAS LIMA – PERÙ 2014: CONCLUSIONES De los resultados de este estudio, podemos concluir que: La prevalencia de

macrosomía fetal durante el 2014 en el HINMMS fue de 11.32% (484/4277 casos). 92 de los 264 (34.85%) recién nacidos macrosómicos cuyas madres contaron con ecografías prenatales registradas en el sistema del HIMMS a partir de las 37 semanas de gestación fueron detectados ecográficamente en el HIMMS durante los meses de enero a diciembre del 2014. La US realizada en gestantes a término 72 horas antes del parto, mejora la precisión de ésta para detectar macrosomía fetal precozmente (79.35%). La precisión de la ultrasonografía para diagnosticar macrosomía fetal varió según el peso al nacer, variando de 33.05%, a 46.67% hasta 100% cuando el peso al nacer estuvo entre los intervalos de 4000 a 4499 g; 4500 a 4999 g, y \geq a 5000g respectivamente. La detección prenatal ultrasonográfica de macrosomía fetal se asocia con un mayor porcentaje de cesáreas (69.57% vs 43.02%) Hay que señalar que el diagnóstico ecográfico de macrosomía fetal no incidió en el número de internamientos en UCIN (25% vs 24.42%). La macrosomía fetal se asocia con una mayor frecuencia de complicaciones perinatales, las cuales son más frecuentes a medida que mayor sea el peso al nacer. La principal complicación durante el periodo del parto fue la depresión leve a moderada con una frecuencia de 2.89% (14 casos).(12)

SUÁREZ BENDEZÚ KARLA VÁLERY: PATOLOGÍAS MÁS FRECUENTES DIAGNOSTICADAS POR ECOGRAFÍA OBSTÉTRICA EN LA PRIMERA MITAD DEL EMBARAZO EN PACIENTES ATENDIDAS EN LA INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD JESÚS MARÍA. ESSALUD. ENERO –

MARZO 2015. LIMA – PERÚ, CONCLUSIONES: Con respecto a las características personales de las participantes en el estudio prevaleció el grupo etario entre 30 a 34 años en gestantes < 12 semanas y > 13 a 20 semanas; el estado civil más frecuente fue el de conviviente en gestantes con < 12 semanas y casado para gestantes de > 13 a 20 semanas. En relación a las características obstétricas destacó en cuanto a la paridad, las primíparas en gestantes < 12 semanas, mientras que fueron las nulíparas en las gestantes de > 13 a 20 semanas. El total de las gestantes < 12 semanas iniciaron el control prenatal antes de las 12 semanas; aunque por mínima diferencia en relación a las gestantes > 13 a 20 semanas. 2. En cuanto a las patologías más frecuentes diagnosticadas por ecografía; el tipo de hematoma más frecuente en gestantes < 12 semanas fue retrocorial y en gestantes > 13 a 20 semanas fue el hematoma retroplacentario . Se presentó inserción de placenta posterior y anterior en ambos grupos. En cuanto al diagnóstico de mioma que predominó fue el intramural en < 12 semanas, mientras que el subseroso y submucoso sólo se presentaron en < 12 semanas. También se encontró quiste luteínico en gestaciones > 12 semanas.(13)

FONSECA HUANCA, DORA: “VALORACIÓN DE LA ECOGRAFÍA OBSTÉTRICA PARA EL DIAGNÓSTICO DE CIRCULAR DEL CORDÓN EN GESTANTES QUE ACUDEN AL HOSPITAL HERMILIO VALDIZÁN DE HUÁNUCO 2015” CONCLUSIONES Se pudo hallar que el 60% de las gestantes tuvieron una procedencia zonas urbanas y un 28% tuvieron como procedencia zonas rurales. Así mismo se pudo

hallar que el 50% fueron multíparas, un 42,9% fueron nulíparas. Se pudo hallar en el momento de parto (prueba de oro) que el 58,55% de ellas presentaron circular de cordón en el cuello fetal, un 2,85% de las gestantes presentaron circular de cordón en el cuerpo fetal y un 38,57% del total no presentaron ningún tipo de circular de cordón fetal. Para llevar a cabo los cálculos de sensibilidad y especificidad se tuvo que agrupar los tipos de cordón circular hallados en las ecografías e historia clínica, en dos categorías; Con circular de cordón y Sin circular de cordón. Como podemos observar la ecografía obstétrica realizada en el Hospital Regional Hermilio Valdizán de Huánuco tuvo una Sensibilidad del 92,5% y tuvo una Especificidad del 80,0%. Al someter la prueba diagnóstica de la ecografía obstétrica versus la prueba de oro (historia clínica) encontramos que la capacidad de la ecografía obstétrica para detectar la presencia de cordón circular en el producto, es del 92,5% (sensibilidad) con intervalo de confianza del 95%. Y la Especificidad encontrada fue del 80,0% con intervalo de confianza del 95%. El valor predictivo positivo fue de 77%: La probabilidad condicional de que el producto de la gestante con circular de cordón tenga realmente la circular de cordón es del 77% con un intervalo de confianza del 95%. El valor predictivo negativo fue de 93,64%: Por otro lado la probabilidad condicional de que las gestantes sin cordón circular no 87 tengan realmente la circular de cordón es del 93,64% con un intervalo de confianza del 95%. Con respecto a la presencia de circular de cordón en el momento del parto (Prueba de oro) versus la edad de las gestantes en años, pudimos observar que la significancia asintótica

bilateral (P) de la prueba T de Student nos dio un valor de 0,850 a un 95% de intervalo de confianza, con lo cual podemos decir que la presencia de circular de cordón en el momento del parto (Prueba de oro) y la edad de las gestantes en años No son estadísticamente significativo. Con respecto a la presencia de circular de cordón en el momento del parto (Prueba de oro) versus la edad gestacional en semanas, la significancia asintótica bilateral (P) de la prueba T de Student nos dio un valor de 0,229 a un 95% de intervalo de confianza, con lo cual podemos decir que la presencia de circular de cordón en el momento del parto (Prueba de oro) y la edad gestacional No son estadísticamente significativo. En relación a la presencia de circular de cordón en el momento del parto (Prueba de oro) y la Paridad, pudimos observar que la significancia asintótica bilateral (P) de la prueba Chi cuadrado nos brindó un valor de 0,000 a un 95% de intervalo de confianza, con lo cual podemos decir que la presencia de circular de cordón en el momento del parto (Prueba de oro) y la Paridad son estadísticamente significativo, con este valor podemos inferir que existen relación entre estas dos variables.(14)

2.2 Bases Teóricas

INTRODUCCIÓN

Si tu embarazo es normal y no has tenido problemas, probablemente ya no te harán más ultrasonidos después de la semana 20 hasta llegar al tercer trimestre.

Tu médico vigilará el crecimiento y bienestar de tu bebé midiendo la altura del fondo uterino (la distancia entre tu pelvis y la altura máxima de tu abdomen), escuchando el latido del corazón del bebé a través de un Doppler y se asegurará también de que te mantienes saludable tomando en cada visita tu presión arterial, y pidiéndote análisis de orina y de sangre.(15)

¿CON QUÉ FRECUENCIA SE DEBEN HACER LOS ULTRASONIDOS DURANTE EL EMBARAZO?

No hay ninguna regla rígida acerca del número de ultrasonidos que una mujer debe tener durante su embarazo.

Si has tenido complicaciones en los embarazos anteriores o si sufres de algún problema de salud como diabetes o presión arterial elevada, entonces te harán ultrasonidos regularmente durante todo el embarazo y uno o más durante el tercer trimestre para vigilar la salud de tu bebé.

Pero por lo general, se realizan tres ultrasonidos, uno en cada trimestre.

Han transcurrido 40 años desde que el ultrasonido se utilizó por primera vez en mujeres embarazadas.

Hasta ahora, en estudios llevados a cabo por varios grupos de investigadores, no se ha encontrado ninguna evidencia conclusiva de que produzca algún daño a la madre o al feto.

¿CUÁNDO SE REALIZA EL ULTRASONIDO DEL TERCER TRIMESTRE?

Se realiza entre las **semanas 32 y 36**. En algunos países se hace de rutina. Es la tercera de las ecografías recomendadas, después de la de

la semana **12** y la de la semana **20**. No requiere un grado de especialización tan alto ni un equipo de alta calidad, como la de la semana 20.

Esta ecografía se prescribe de forma rutinaria a ***todas las embarazadas***. Revela información muy útil para los especialistas, ya que así podrán hacerse una idea de cómo será el parto. Para la embarazada es, además, muy emocionante volver a ver a su bebé en el útero antes de que nazca.

¿QUÉ INFORMACIÓN PROPORCIONA UN ULTRASONIDO DEL TERCER TRIMESTRE?

Esta ecografía *va a obtener información muy valiosa* sobre el estado del bebé y su evolución de cara al parto.

La ultrasonografía del tercer trimestre se centra particularmente en placenta, líquido amniótico y crecimiento fetal (en esta época del embarazo los bebés son más susceptibles a presentar problemas de crecimiento) así como situación, presentación y actitud fetal sin descuidar los parámetros de los primeros trimestres:

Valorar el perfil biofísico del feto: su frecuencia cardíaca, sus movimientos respiratorios y corporales y el tono fetal.

- Se medirá la circunferencia de la cabeza del bebé y del abdomen y el largo del fémur. Si todas las medidas están dentro de los límites normales, entonces el bebé tendrá un tamaño promedio.
- En algunos casos se recomienda un segundo ultrasonido en dos semanas porque los bebés crecen en etapas y es más fácil detectar problemas cuando se hacen seriados.

- Un bebé con una cabeza normal o dentro del promedio y un abdomen pequeño, puede simplemente ser un bebé pequeño pero saludable (los bebés vienen en todos los tamaños y formas). Sin embargo, algunas veces esto indica que el bebé no está creciendo en forma adecuada –a este problema se le da el nombre de “*restricción del crecimiento intrauterino*”- especialmente cuando hay reducción del líquido amniótico. Cuando existe esta sospecha, se recomienda una ecografía Doppler que nos da información sobre las características del flujo a través de los vasos sanguíneos (principalmente los del cordón umbilical) que le informan al médico sobre normalidad o anormalidad.

Salud fetal. En el ultrasonido es posible constatar la salud del bebé al tomar sus medidas, observar el flujo sanguíneo y simplemente al verlo mover y actuar. Un bebé sano se estira y flexiona, mueve sus brazos y piernas, abre y cierra las manos, agita los dedos de la mano y del pie y mueve sus labios y lengua. Respira el líquido amniótico y esto le ayuda a madurar sus pulmones. Podrás tener una idea de cómo será tu bebé simplemente con la foto que tomarán de su carita.

Un bebé que no hace estas cosas puede ser que no esté recibiendo suficiente oxígeno de la placenta y puede tener el riesgo de un parto prematuro. Como ya lo mencionamos, esto se confirma con un estudio Doppler.

Número de fetos: casi siempre existirán ultrasonidos previos donde ya se estableció el número de fetos.

Posición fetal: Conocer la colocación del feto dentro del útero. Ya estamos cerca del final del embarazo. Saber cómo se encuentra el feto puede ser importante a la hora de planificar la finalización del embarazo y el tipo de parto.

Los bebés se mueven y cambian de posición frecuentemente durante el embarazo, pero esto se disminuye al llegar a la semana 34 y, generalmente, cerca de la semana 36, se voltea de cabeza y así seguirá hasta el parto. Cuando el bebé se coloca transversal o de nalgas, puede predecirse que también hay problemas en la posición de la placenta.(16)



Anomalías fetales: La ecografía más adecuada para el estudio anatómico del feto es la de la semana 20. En el tercer trimestre existe menos cantidad de líquido amniótico, el feto se mueve con menos libertad y además las estructuras óseas están más calcificadas. Todo esto hace que la evaluación anatómica sea peor que en la semana 20. No obstante, puede detectarse alguna anomalía de aparición tardía o no detectada en la ecografía de la semana 20. En esta ecografía el

especialista presta especial atención a los órganos en los que es más probable que aparezcan anomalías tardías, entre estos se incluye los riñones, la vejiga y la cara.

Características de la placenta: Se estudia el *grado de madurez de la placenta*, ya que si la placenta envejece de manera prematura puede acarrear problemas de oxigenación y nutrición al feto. Una placenta joven es lisa y homogénea; una placenta vieja está muy segmentada y tiene muchas calcificaciones y lagunas vasculares.

También es muy importante *constatar su localización*, para descartar que su implantación esté tapando, total o parcialmente, el cuello del útero, que como sabemos debe dilatarse para permitir el paso del feto. Si la placenta es previa el parto vaginal no es posible y las contracciones pueden desencadenar una hemorragia que puede comprometer la salud de la madre y del bebé.

Características de cordón umbilical: Es necesario conocer el número de vasos que tiene: en condiciones normales consta de dos arterias y una vena. Se debe evaluar la zona de inserción en la placenta. Lo normal es que se inserte en la zona central, en casos de inserción muy periférica o a través de las membranas que forman la bolsa puede haber problemas de crecimiento fetal o hemorragias.

Circulares de cordón: También se debe evaluar si existen (es un episodio al azar producido porque en el cuello del bebé se da una o varias vueltas el cordón umbilical). Conocer esta circunstancia puede ayudar a valorar cambios en la gráfica de monitorización y estar un poco más alerta en el transcurso de la dilatación, pero no debe constituir un

motivo de preocupación, ya que las circulares de cordón son muy frecuentes, aproximadamente en el 15 por ciento de los partos y rara vez existen complicaciones por este motivo.

Cantidad de líquido amniótico: El líquido amniótico está formado, fundamentalmente, por orina fetal. Su disminución constituye siempre un signo de alarma. Puede estar disminuido en casos de pérdida del bienestar fetal, como manifestación de una situación de retraso de crecimiento.

Su disminución o ausencia también puede deberse a rotura de la bolsa. En otros casos puede estar aumentado, muchas veces sin causa aparente, pero en otros debido a diabetes o determinadas anomalías fetales.(17)

Longitud cervical: La longitud del cuello del útero es un factor que ayuda a predecir la posibilidad de un parto prematuro. El cuello del útero es una estructura en forma de cono truncado, que durante el embarazo mide unos 3-4 centímetros. Cuando se inicia el parto, en una primera fase, el cuello se acorta hasta llegar a desaparecer, es decir pasa de medir 3-4 centímetros de longitud a convertirse en una fina membrana de unos 3 milímetros de espesor.

A partir de aquí, comienza la dilatación. En algunos casos, el cuello se puede acortar de manera prematura, aumentando el riesgo de parto pretérmino. En mujeres con contracciones antes de tiempo o antecedentes de partos prematuros, la medición de la longitud del cuello le permite al médico predecir el riesgo de parto prematuro y en caso afirmativo tomar las medidas oportunas para evitar el

desencadenamiento del parto (reposo, medicamentos que disminuyen las contracciones)

En caso de **embarazo gemelar** permite conocer la situación de cada gemelo dentro del útero y programar el tipo de parto más adecuado a esta circunstancia. (18)

SE CALCULA EL PESO DEL FETO (ESTIMADO) Y SU EDAD GESTACIONAL.

Evaluación del útero. Algunas tumoraciones pélvicas, en particular miomas de gran tamaño pueden estar localizados en la parte baja del útero impidiendo el descenso de la cabeza fetal. En estas circunstancias es necesario programar una cesárea.

¿QUÉ COSAS NO NOS PUEDE DECIR EL ULTRASONIDO DEL TERCER TRIMESTRE?

Si la fecha es correcta. Después de las primeras 20 semanas, cada bebé es diferente en tamaño y forma. Si tu bebé es más pequeño o más grande que el promedio a las, por ejemplo, 34 semanas, esto no quiere decir que sea menor o mayor su edad gestacional. Esta fecha tiene que establecerse a las 20 semanas de embarazo.

De dónde proviene el sangrado. Un pequeño sangrado es bastante común en el tercer trimestre del embarazo y puede venir del cuello uterino o más adentro del útero. El ultrasonido puede asegurarte que tu bebé no es afectado por el sangrado, pero difícilmente puede ver la causa.

Cuánto pesa tu bebé. Mientras más grande sea el bebé y más cerca esté del término del embarazo, más difícil será detectar su peso. Su cabeza puede estar más encajada en la pelvis como para poderla medir y aun cuando sea posible medir su abdomen, no se pueden tomar otros datos en cuenta como por ejemplo qué tan largo es.(19)

¿CÓMO DEBO PREPARARME PARA LA ECOGRAFÍA?

Cuando te vayan a realizar la ecografía lleva ropa que te permita descubrir el abdomen con facilidad. Es conveniente que la vejiga esté llena de orina, pues ello ayuda al médico a localizar los órganos que están en la pelvis y permite obtener imágenes más claras.

Para conseguirlo puedes vaciar tu vejiga y beber 2 vasos de agua una hora antes de la exploración y tratar de no orinar hasta que sea realizada. La vejiga no debe estar tan llena como para causar dolor.

Te recostarán en una camilla con el vientre descubierto desde la parte más baja. Para mejorar el contacto entre el transductor y la superficie del abdomen te aplicarán un gel o aceite.

¿POR QUÉ ALGUNAS MUJERES SE SIENTEN MAL DURANTE EL ULTRASONIDO?

En este trimestre, con el crecimiento del bebé el útero se hace más grande y pesado. Al acostarte sobre tu espalda para que te hagan el ultrasonido, puedes sentir mareos y náusea, especialmente en el caso de un embarazo múltiple o de un bebé grande.

Esta sensación de desmayo se debe a un descenso en tu presión arterial causada por la compresión que provoca el útero y el bebé, de

las venas que corren en la parte de atrás del abdomen materno (la vena cava inferior).

Por favor, coméntalo de inmediato con el especialista para que te cambien de posición de inmediato antes de que te sientas peor.(20)

¿PARA QUÉ SIRVEN LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN ESTA PRUEBA?

La información que revela la ecografía del tercer trimestre es muy útil para que el especialista pueda, a grandes rasgos, determinar cómo será ***el final del embarazo***, el parto.

En algunas ocasiones, la información obtenida en esta prueba hace sospechar al médico que habrá que programar un parto por **cesárea**.

En estos casos, generalmente se realizará otra ecografía más adelante.

¿QUÉ CIRCUNSTANCIAS PUEDEN DIFICULTAR UNA CORRECTA INTERPRETACIÓN ECOGRÁFICA?

En resumen, la obesidad materna, la escasez o ausencia de líquido amniótico y la presencia de miomas son factores que pueden dificultar una correcta evaluación fetal.

Como ya lo mencionamos anteriormente, esta es una ecografía dedicada más a la valoración del *tamaño y bienestar fetal* que al diagnóstico de anomalías fetales.(21)

¿CUÁNDO SE REALIZA POR VÍA VAGINAL?

La ecografía del tercer trimestre se realiza por vía abdominal, pero hay alguna circunstancia que puede requerir evaluación por *vía transvaginal*.

La medición del largo del cuello del útero (longitud cervical) es más precisa por esta vía. En algunos casos de **sospecha de placenta previa**, la ecografía vaginal puede ayudar a tu médico a confirmar el diagnóstico o a descartarlo y para valorar con mayor precisión alguna estructura fetal que se encuentre en la parte inferior del útero. (22)

2.3 Definiciones Conceptuales

➤ ECOGRAFIA

Técnica de exploración de los órganos internos del cuerpo que consiste en registrar el eco de ondas electromagnéticas o acústicas enviadas hacia el lugar que se examina. (23)

➤ DIAGNOSTICO

Es el procedimiento por el cual se identifica una enfermedad, entidad nosológica, síndrome o cualquier estado patológico o de salud (el "estado de salud").(24)

➤ COMPLICACIONES

En el campo de la medicina, problema médico que se presenta durante el curso de una enfermedad o después de un procedimiento o tratamiento. La complicación puede deberse a una enfermedad, el procedimiento o el tratamiento, o puede no tener relación con ellos. (25)

➤ MATERNO

Se refiere como concerniente, relativo y perteneciente a la madre, la mujer que ha tenido uno o varios hijos y también aplica a la hembra animal que ha engendrado crías. Se dice especialmente de un pariente: por parte de madre o que es procedente de ella

➤ **FETALES**

Relacionado con un feto. Un feto es un bebé que no nació, y se desarrolla y crece en el interior del útero. En los seres humanos, el período fetal empieza ocho semanas después de que un espermatozoide fertiliza un óvulo y termina en el momento del nacimiento

➤ **GESTANTES**

Estado de embarazo o gestación. Estado fisiológico de la mujer que se inicia con la fecundación y termina con el parto. (26)

2.4 Sistema de Hipótesis

Hi: El uso de la ecografía es importancia en el diagnóstico de complicaciones materno fetal, en gestantes del Centro de Salud Perú Corea – Huánuco 2018

Ho: El uso de la ecografía es importancia en el diagnóstico de complicaciones materno fetal, en gestantes del Centro de Salud Perú Corea – Huánuco 2018

2.5 Sistema de Variables

2.5.1 -Variable Independiente

Importancia de la ecografía

2.5.2 -Variable dependiente

Complicaciones maternas fetales

-Variable interviniente

- Paridad

- Edad
- Procedencia
- Estado civil
- Ocupación
- Grado de instrucción
- Otros

2.6 Operacionalización de Variables

(dimensiones e indicadores)

Variables	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	tipo	Escala
Primera variable Importancia de la ecografía	El uso de la ecografía durante el embarazo tiene una importancia vital, ya que, por medio de este método, podemos evidenciar el buen desarrollo de la gestación o detectar alguna anormalidad que se presente.	Las imágenes de las ecografías fetales pueden ayudar al proveedor de atención médica a evaluar el crecimiento y el desarrollo del bebé, y a determinar cómo progresa el embarazo	Definición	Cualitativa	Nominal
			Causas		
			Consecuencias		
Segunda variable complicaciones materno fetales	Las complicaciones durante el embarazo son problemas de salud que se dan durante el período de gestación. Pueden afectar la salud de la madre, del bebé, o ambas.	-Embarazo múltiple -Sufrimiento fetal -Placenta previa -DPP -Oligoamnios -Polihidramnios -Amenaza de aborto -Anomalías uterinas -Embarazo ectópico -Macroscopia fetal -RCIU	Factores individuales	cualitativa	Nominal
			Factores obstétricos		

CAPITULO III

3 MARCO METODOLÓGICO

3.1 Tipo de investigación

- Según los fenómenos que se presentan pertenecen al tipo de estudio descriptivo porque se va a describir, los fenómenos ocurridos.
- Según el periodo y secuencia del estudio pertenece al tipo *transversal*, porque se estudió las variables una sola vez en un determinado momento haciendo un corte en el tiempo de estudio.
- Según el tipo de ocurrencia de los hechos y registros de información fue el tipo prospectivo.

3.1.1 Enfoque

La presente investigación es de un enfoque cuantitativo.

3.1.2 Alcance o nivel

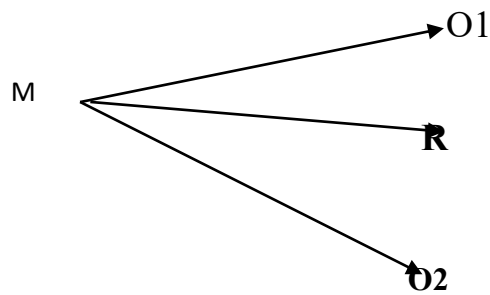
Nivel descriptivo

3.1.3 Diseño

Se utilizó el diseño descriptivo correlacional:

El diseño de investigación es descriptivo - correlacional.

Representado por el siguiente esquema:



Dónde:

M: Representó la muestra, que estuvo conformada por todas las gestantes.

O1: Representó a la variable independiente.

O2: Representó a la variable dependiente.

R: Representó a la relación de ambas variables.

3.2 Población y muestra

3.2.1 La población

Conformada por todas las gestantes que acudieron al Centro de Salud Perú Corea que se tomaron la ecografía con el cual se diagnosticó algún tipo de complicación ya sea materna o feta y fueron en total: 251 gestantes

3.2.2 Muestra:

Fue calculada utilizando la formula estadística para poblaciones finitas obteniéndose el resultado de 89 casos. El criterio metodológico para la selección de la muestra corresponde al muestreo probabilístico aleatorio simple, a través del cual la elección de la muestra se realizará al azar y en una sola etapa. Este tipo de muestreo permitirá realizar la

inferencia estadística y trasladar los datos de la muestra al conjunto de la población.

Aplicación de la Formula:

$$n = \frac{N \cdot Z_{\sigma}^2 \cdot P \cdot Q}{e^2(N - 1) + Z_{\sigma}^2 \cdot P \cdot Q}$$

Dónde:

n = El tamaño de la muestra que queremos calcular

N = Tamaño del universo que es igual 1117

Z = Nivel de confiabilidad de 95% -> Z=1,96

e = Es el margen de error máximo que admito (10% = 0,1)

p = Probabilidad de éxito (0.5)

Q = Probabilidad de fracaso (0.5)

$$n = \frac{(251) (1.96)^2 (0,5) (0,5)}{[(0,05)^2 - 250] - (1.96)^2 (0.5) (0.5)}$$

$$n = \frac{1072.7668}{259 + 0.9604}$$

$$n = \frac{1072.7668}{12.1204}$$

$$n = 88.509191$$

3.3 Técnicas e instrumento de recolección de datos

Técnica:

- Revisión documentaria: Se hará uso de una fuente de información secundaria, consistente en la revisión de historias clínicas de las pacientes.

Instrumento:

- Ficha de recolección de datos elaborado por el investigador.

3.4 Técnicas para el procesamiento y análisis de la información, plan de actividades si es experimental.

La información será registrada en una Ficha de Datos estructurada, previamente elaborada y validada para esta investigación, con el fin de recopilar toda la información necesaria de las historias clínicas de las gestantes participantes en el estudio.

En esta Ficha de datos se contarán con tres áreas.

I. Edad gestacional.

II. Características personales.

III. Patologías más frecuentes diagnosticadas por ecografía obstétrica durante el embarazo.

CAPITULO IV

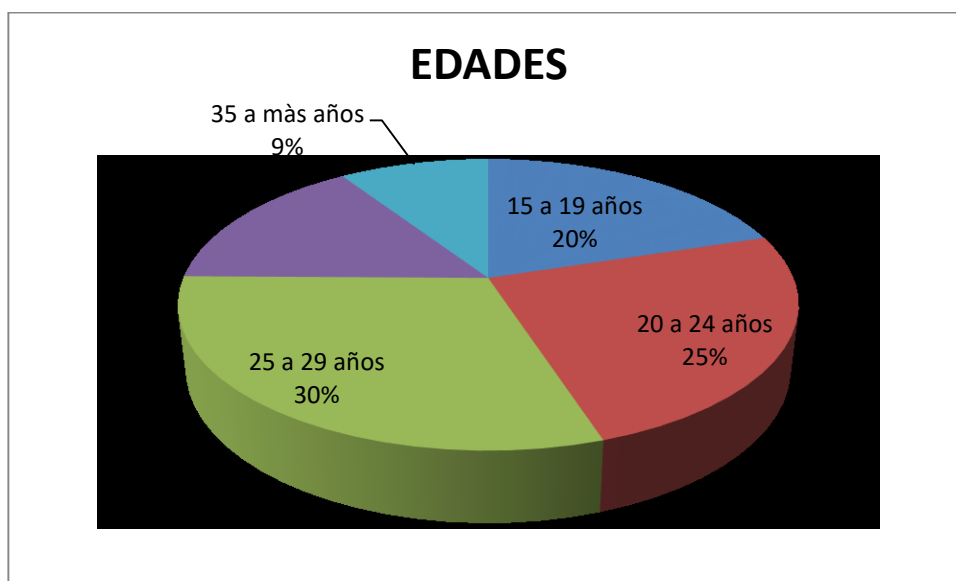
4 RESULTADOS

4.1 Procesamientos de datos

Tabla N°1

Edad	N°	%
15 a 19 años	26	20
20 a 24 años	32	25
25 a 29 años	39	30
30 a 34 años	20	16
Mayor de 35 años	12	09
TOTAL	129	100

Gráfico N° 1



Fuente: Propia del Investigador

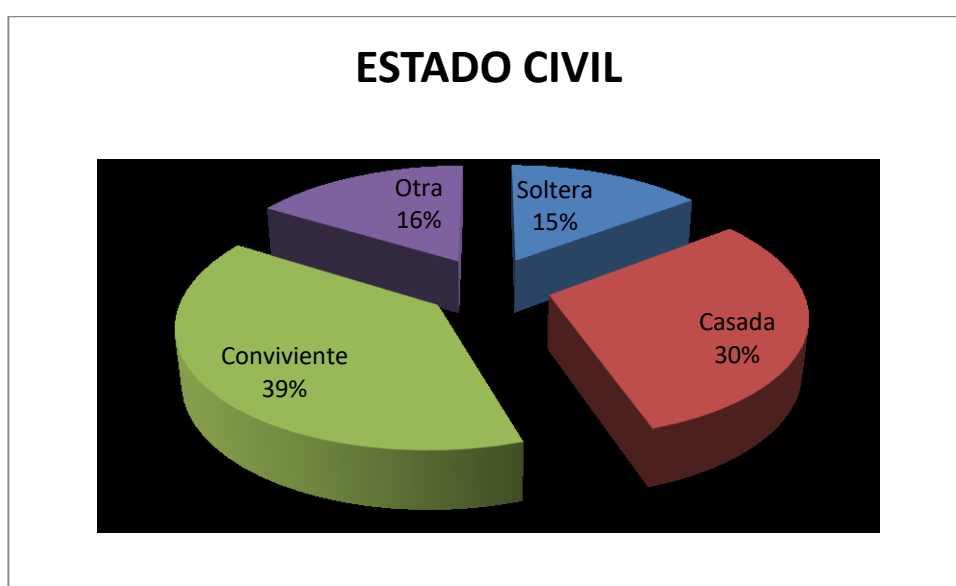
Interpretación. - Cuando analizamos los resultados obtenidos, en relación a las edades de la población estudiada, tenemos lo siguiente:

El grupo etario que mayor porcentaje obtuvo estuvo entre los 25 a 29 años, con el 30%; seguidas del grupo de edad de entre 20 a 24 años con el 25%; luego de entre 15 a 19 años con el 20%; el de 30 a 34 años con el 16% y finalmente los de 35 años a más con el 9%.

Tabla N°2

Estado civil	N°	%
Soltera	19	15
Casada	39	30
Conviviente	50	39
Otro	21	16
TOTAL	129	100

Gráfico N° 2



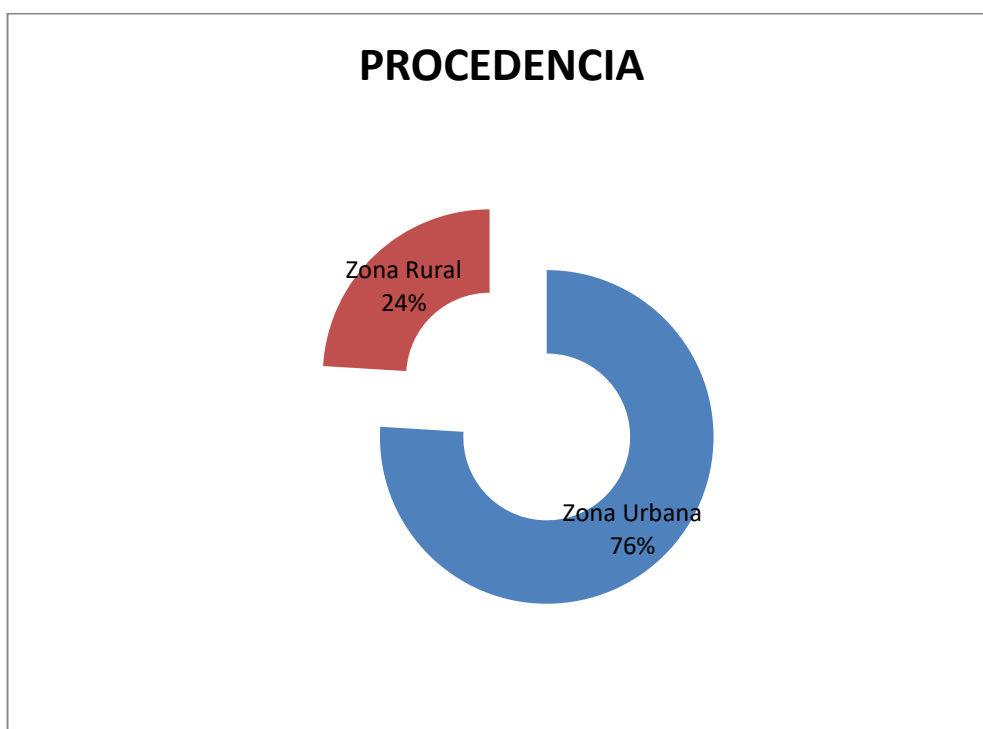
Fuente: Propia del Investigador

Interpretación. - En cuanto al estado civil encontramos, como se observa en el presente resultado, que la mayoría son de estado civil conviviente con el 39%, seguidas con el 30 de casadas, otro estado civil con el 16% y el 15% solteras.

Tabla N°3

Procedencia	N°	%
Zona Urbana	98	76
Zona Rural	31	24
TOTAL	129	100

Gráfico N° 3



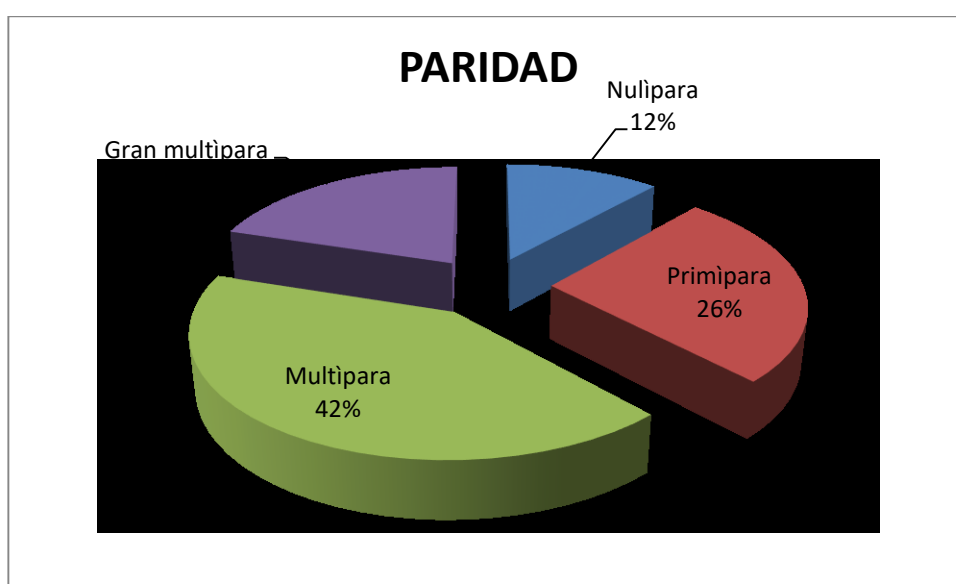
Fuente: Propia del Investigador

Interpretación. - Se evidencia, referente a la procedencia del grupo de estudio, que el mayor porcentaje procedió de la zona urbana con el 76%, mientras los que procedieron de la zona rural fueron el 24%.

Tabla N° 4

Paridad	N°	%
Nulípara	15	12
Primípara	34	26
Multípara	54	42
Gran Multípara	26	20
TOTAL	129	100

Gráfico N° 4



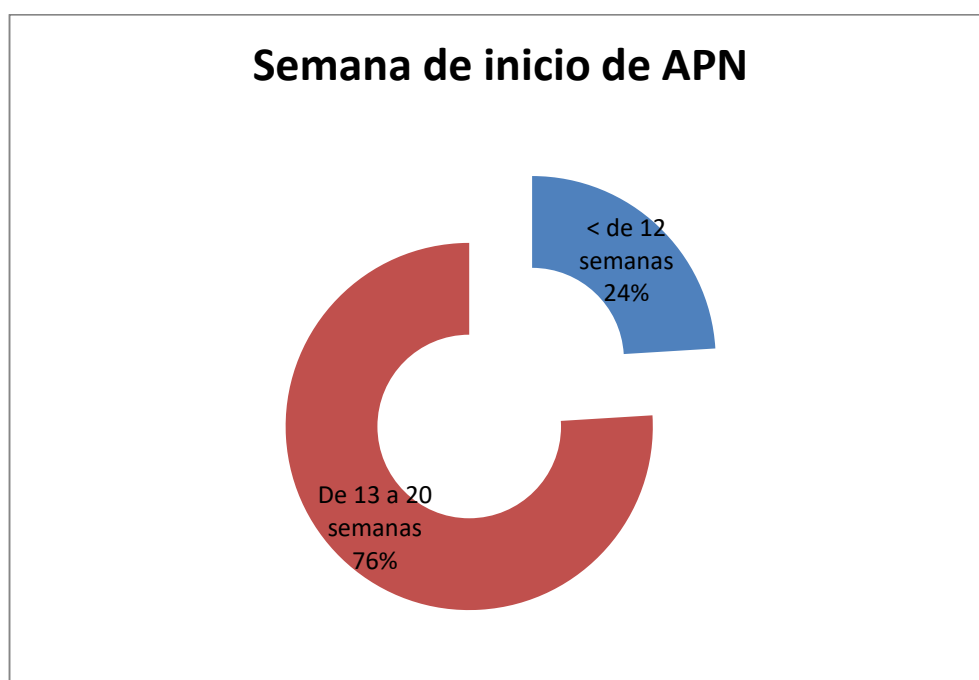
Fuente: Propia del Investigador

Interpretación. - Se evidencias en los resultados obtenidos en relación a la paridad, que el 42% fueron multíparas, seguidas de las primigestas con el 26%, luego tenemos a las gran multíparas con el 20% y finalmente las nulíparas con el 12%.

Tabla N° 5

Semana de Inicio de la atención prenatal	N°	%
< 12 semanas	31	24
De 13 a 20 semanas	98	76
TOTAL	129	100

Gráfico N° 5



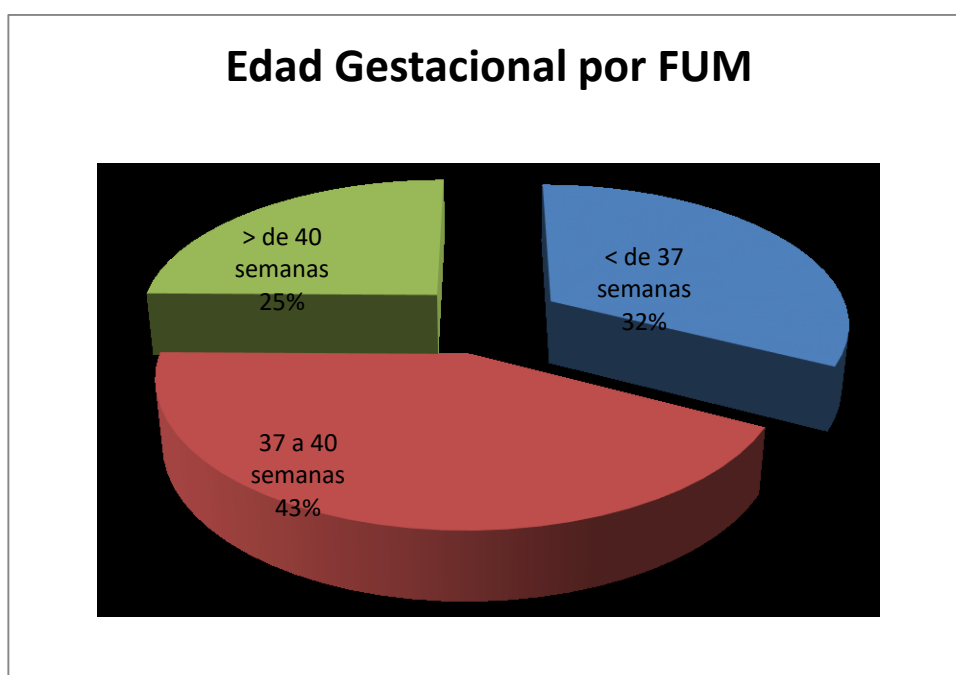
Fuente: Propia del Investigador

Interpretación. - En cuanto a la semana en que iniciaron la atención pre natal, los resultados obtenidos fueron: que el 76% lo inició entre las 13 a 20 semanas de gestación, mientras que el 24% lo inicia antes de las 12 semanas.

Tabla N° 6

Edad gestacional por: Fecha de última menstruación	N°	%
< de 37 semanas	42	32
37 a 40 semanas	55	43
> De 40 semanas	32	25
TOTAL	129	100

Gráfico N° 6



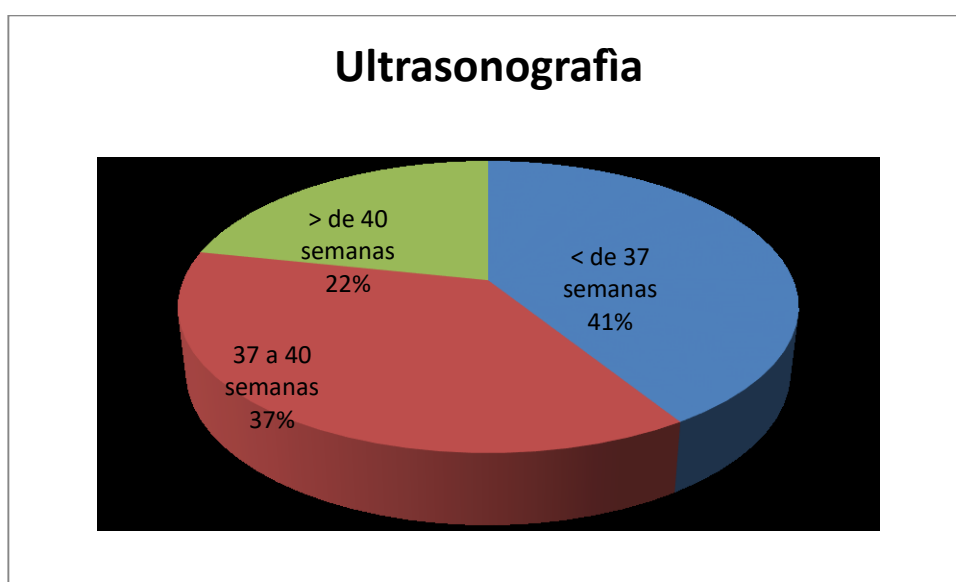
Fuente: Propia del Investigador

Interpretación. - Referente a la edad gestacional por FUM encontramos en los resultados lo siguiente: El 43% estuvo entre las 37 a 40 semanas de gestación, el 32% menor de 37 semanas y el 25% mayor a las 40 semanas de gestación.

Tabla N° 7

Ultrasonografía:	N°	%
< de 37 semanas	53	41
37 a 40 semanas	48	37
> De 40 semanas	28	22
TOTAL	129	100

Gráfico N° 7



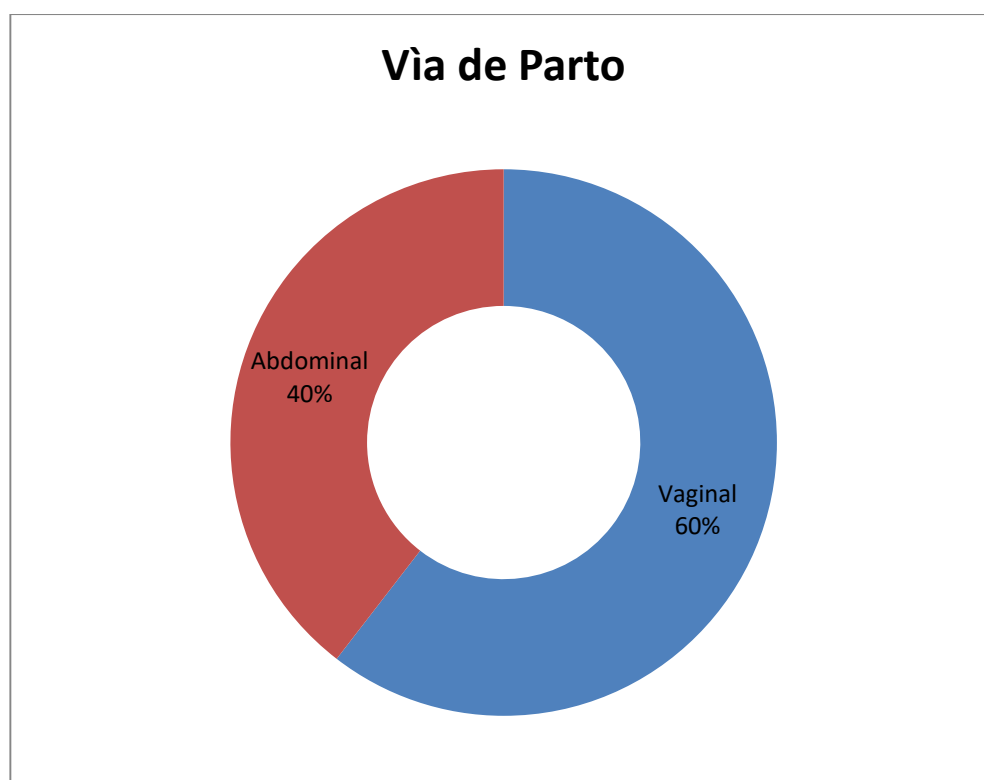
Fuente: Propia del Investigador

Interpretación. - En relación a cuando se realizó la ultrasonografía, tenemos: a la edad gestacional menor de 37 semanas lo hicieron el 41%, mientras que el 37% se realizó entre las 37 a 40 semanas y el 22% se realizó mayor a las 40 semanas de gestación.

Tabla N° 8

Vía del parto:	N°	%
Vaginal	78	60
Abdominal	51	40
TOTAL	129	100

Gráfico N° 8



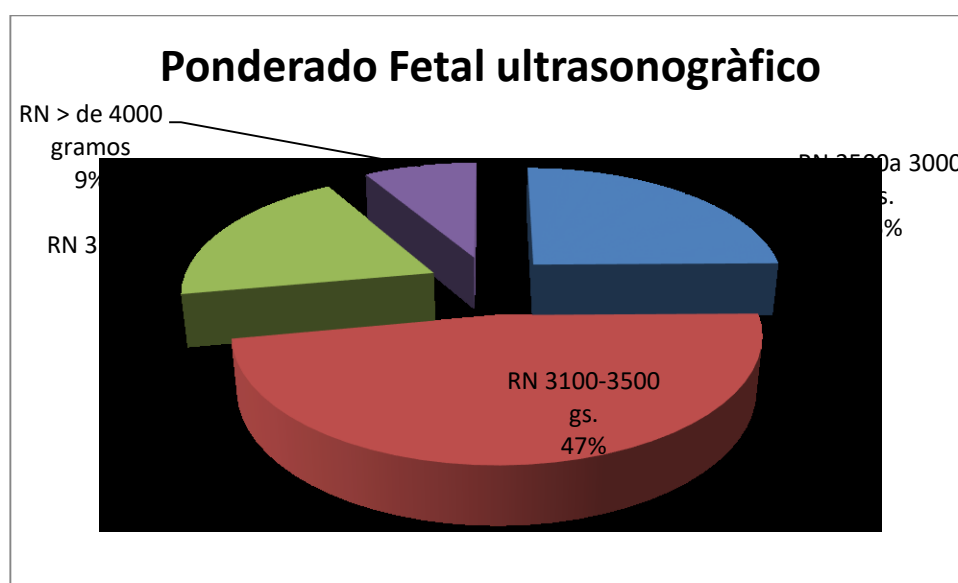
Fuente: Propia del Investigador

Interpretación. - En relación a la vía del parto, se encantararon que el mayor porcentaje que representó el 60% tuvo parto vaginal, seguidas con el 40% que tuvieron parto por vía abdominal (cesárea).

Tabla N° 9

Ponderado fetal ultrasonográfico	N°	%
Recién nacido normo peso: entre 2500 y 3000 gramos	32	25
Recién nacido normo peso: entre 3001 y 3500 gramos	61	47
Recién nacido normo peso: entre 3501 y 4000.	25	19
Recién nacido macrosómico: Peso mayor 4001 g	11	09
TOTAL	129	100

Gráfico N° 9

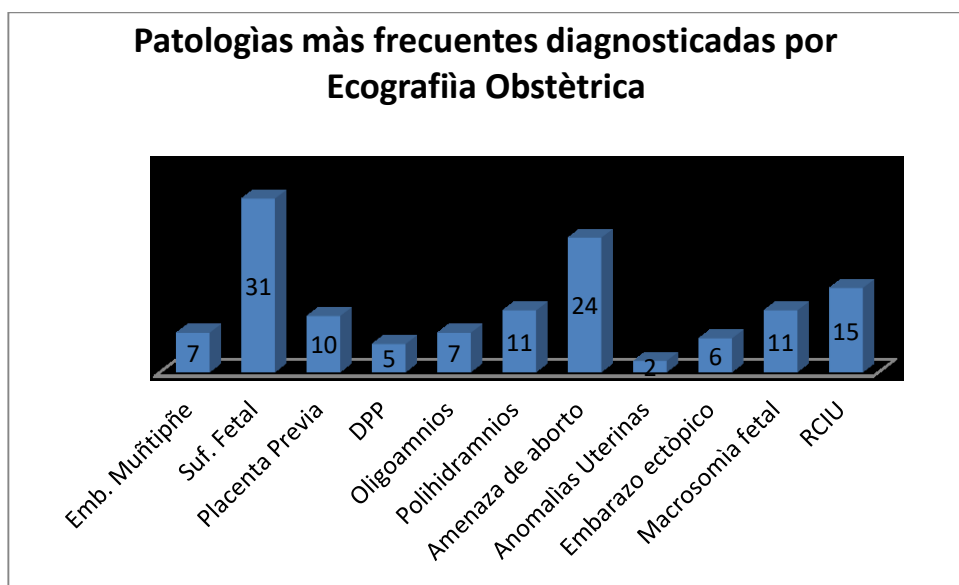


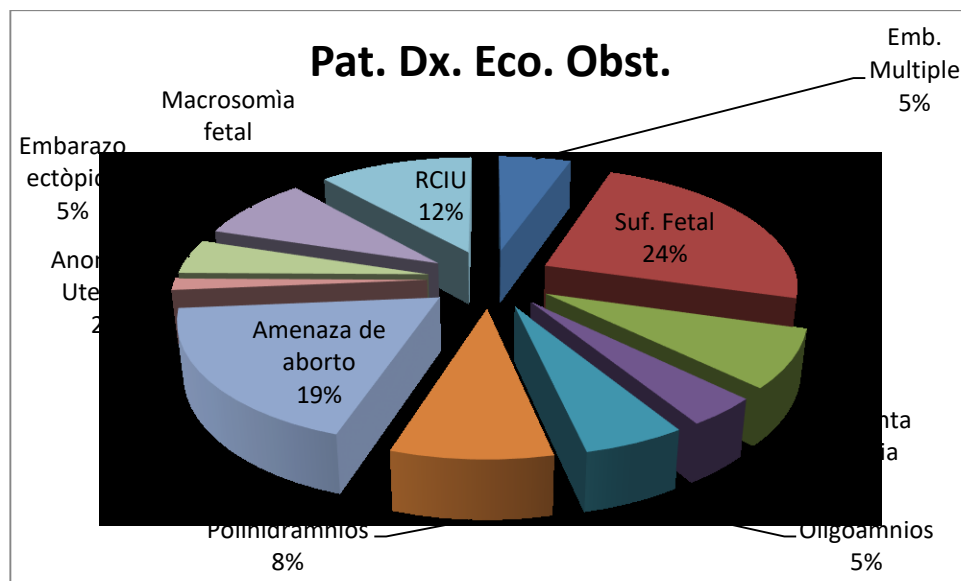
Interpretación. - En el informe del resultado alcanzado en relación al ponderado fetal ultrasonográfico, se evidencian: Que, el 47% tenía un ponderado de 3100 a 3500, seguidas con el 25% de los que presentaron como ponderado 2500 a 3000 grs. Mientras que el 19% estuvo entre los 3501 a 4000 grs. Y solamente el 9% presentó un ponderado de mayor a 4000 grs.

Tabla N° 10

PATOLOGÍAS MÁS FRECUENTES DIAGNOSTICADAS POR ECOGRAFÍA OBSTÉTRICA DURANTE EL EMBARAZO	N°	%
Embarazo múltiple	07	05
Sufrimiento fetal	31	25
Placenta Previa	10	08
DPP	05	04
Oligoamnios	07	05
Polihidramnios	11	09
Amenaza de aborto	24	20
Anomalías uterinas	02	02
Embarazo ectópico	06	05
Macrostomia fetal	11	09
RCIU	15	12
TOTAL	129	100

Gráfico N° 10





Fuente: Propia del Investigador

Interpretación. - En los resultados obtenidos en cuanto a las patologías más frecuentes diagnosticadas a través de la ecografía obstétrica tenemos como resultado: Sufrimiento fetal con el 25%, Amenazas de aborto con el 20%, RCIU con el 12%, Macrosomía fetal el 5 al igual que el polihidramnios, Placenta previa con el 8%, embarazo múltiple y embarazo ectópico y oligoamnios con el 5%, DPP con el 4% y Anomalías uterinas con el 2%.

CAPITULO V

5 DISCUSIÓN DE RESULTADOS

5.1 Contrastación de resultados

Pazmiño Farfán J. realizó un estudio sobre la eficacia de la medición del fémur por ecografía para valorar la edad gestacional, donde llegó a las siguientes conclusiones: La edad que predominó entre los 20 – 29 años de edad, con el 41.6%. Observándose que existe que predomina las mujeres multigestas, similares resultados obtuvimos en nuestro trabajo donde encontramos que el grupo etario que mayor porcentaje obtuvo estuvo entre los 25 a 29 años, con el 30%; de igual manera se obtuvo datos similares en cuanto a la gesta paridad donde el 42% fueron multíparas

Por otro lado, encontramos que Castro Díaz Gina Noemí: realizó un trabajo sobre Validez de la ecografía obstétrica en la macrosomía fetal en gestantes a término, llegando a concluir que el uso de la ecografía obstétrica como examen auxiliar para la detección de macrosomía fetal es una herramienta importante para que el médico actuara y tome una decisión oportunamente y así se disminuya la morbilidad en el binomio madre-hijo. Dentro de las características maternas y obstétricas el rango de edad más frecuente fue el de 22- 26 años (30%); Resultados similares se hallaron en nuestro estudio donde también se tuvieron como uno de los resultados que el uso de la ecografía obstétrica es importante para el diagnóstico de las complicaciones materno fetales como ser el RCIU

De igual forma, Grados Alvarado P. en un estudio realizado sobre Hallazgos materno-fetales en las ecografías obstétricas del tercer trimestre de gestación encontraron que en cuanto al volumen del líquido amniótico mostraron que no fue muy frecuente la alteración del volumen, mientras que el Oligohidramnios y Polihidramnios, se presentaron en una menor proporción. Parecidos resultados encontramos en nuestro estudio donde el porcentaje de oligoamnios y polihidramnios no fueron muy elevadas.

CONCLUSIONES

Al finalizar el presente trabajo se llegó a las siguientes conclusiones:

El uso de la ecografía obstétrica, en la actualidad ha tomado mucha importancia, ya que mediante ella se pueden detectar oportunamente diferentes complicaciones maternas fetales que pueden ser manejados a tiempo, disminuyendo la morbi mortalidad en esta etapa.

Así mismo en los resultados obtenidos en nuestra investigación, se concluye: Referente a la edad gestacional por FUM el 43% estuvo entre las 37 a 40 semanas de gestación, el 32% menor de 37 semanas y el 25% mayor a las 40 semanas de gestación. En relación a la vía del parto, el mayor porcentaje que representó el 60% tuvo parto vaginal, seguidas con el 40% que tuvieron parto por vía abdominal (cesárea), que representa un porcentaje considerable.

En el informe del resultado alcanzado en relación al ponderado fetal ultrasonográfico, se evidencian: Que, el 47% tenía un ponderado de 3100 a 3500, seguidas con el 25% de los que presentaron como ponderado 2500 a 3000 grs. Mientras que el 19% estuvo entre los 3501 a 4000 grs. Y solamente el 9% presentó un ponderado de mayor a 4000 grs. en cuanto a las patologías más frecuentes diagnosticadas a través de la ecografía obstétrica tenemos como resultado: Sufrimiento fetal con el 25%, Amenazas de aborto con el 20%, RCIU con el 12%, Macrosomía fetal el 5 al igual que el polihidramnios, Placenta previa con el 8%, embarazo múltiple y embarazo ectópico y oligoamnios con el 5%, DPP con el 4% y Anomalías uterinas con el 2%.

RECOMENDACIONES

- ✓ Que la ecografía obstétrica durante la gestación es de mucha importancia para diagnosticar complicaciones maternas fetales, por lo que se recomienda realizarlas cuando el caso lo amerita.
- ✓ A los profesionales responsables de realizar las ecografías obstétricas, deben dar preferencia en la programación a las pacientes obstétricas que cursen con algún factor de riesgo materno fetal.
- ✓ A las gestantes, se les recomienda que deben cumplir con los exámenes de ayuda diagnóstica, entre ellas la ecografía para descartar o detectar alguna complicación que puedan tener ella o su bebé.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- DURÁN RODRÍGUEZ FJ. SEGUIMIENTO ECOGRÁFICO DEL EMBARAZO NORMAL. EUROECO 2010; 1(1):10-15.
- 2- GALLO M, ESPINOSA AM, GALLO JL, PALERMO M. ECOGRAFÍA NORMAL, CAP.2, EN: ECOGRAFÍA FETAL, SEMANAS 11-14 DE EMBARAZO. EDITOR MANUEL GALLO; ED. AMOLCA, CARACAS (VENEZUELA); 2010: 15-33.
- 3- HUAMÁN L, MORAN L, VALOR DE PREDICCIÓN PRECOZ DEL SEXO FETAL MEDIANTE EL EMPLEO DE LA ULTRASONOGRAF 46 7. ECOGRAFÍA PRÁCTICA EN OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA.[TEXTO] CURSO BÁSICO DE ECOGRAFÍA DE LA SESEGO. ESCUELA ESPAÑOLA DE ULTRASONIDOS EN OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA, 2014.
- 4- CABALLERO M. VALOR DE LA MEDICIÓN DEL CEREBELO Y FÉMUR PARA EL DIAGNÓSTICO DE EDAD FETAL EN EL TERCER TRIMESTRE DE EMBARAZO” HOSPITAL “DR. TEODORO MALDONADO CARBO”. GUAYAQUIL, FEBRERO DE 2011
- 5- DÍAZ V, GUEVARA R, BRITO J. TRANSLUCENCIA NUCAL FETAL Y DUCTUS VENOSO COMO MARCADORES ECOGRÁFICOS DE CROMOSOMOPATÍAS. INVEST CLIN 2008;
- 6- PAZMIÑO FARFÁN JENNIFFER CRISTINA. “EFICACIA DE LA MEDICION DE FEMUR, POR ECOGRAFIA PARA VALORAR LA EDAD GESTACIONAL.” GUAYAQUIL-ECUADOR 2015-2016
- 7- PAIM NETO NILO, MACHADO SIMON SÉLVIO: FACTOR DE PREDICCIÓN DE PREECLAMPSIA Y RESTRICCIÓN DEL

CRECIMIENTO FETAL (R.C.I.U) HOSPITAL MATERNO INFANTIL
GERMAN URQUIDI COCHABAMBA BOLIVIA 2012

- 8- ENCARNACIÓN QUINCHE JOSÉ ELICEO: ESTUDIO COMPARATIVO ENTRE ECO OBSTÉTRICO, MEDICIÓN MANUAL DE LA ALTURA DEL FONDO UTERINO (AFU) Y FECHA DE LA ÚLTIMA MENSTRUACIÓN (FUM) EN LA DETERMINACIÓN DE LA EDAD GESTACIONAL Loja-Ecuador 2015,
- 9- CASTRO DÍAZ GINA NOEMÍ: VALIDEZ DE LA ECOGRAFÍA OBSTÉTRICA EN LA MACROSOMÍA FETAL EN GESTANTES A TÉRMINO DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL VITARTE. ENERO - MARZO 2017
- 10-GRADOS ALVARADO PAMELA SHARON HALLAZGOS MATERNO-FETALES EN LAS ECOGRAFÍAS OBSTÉTRICAS DEL TERCER TRIMESTRE DE GESTACIÓN DE LA CLÍNICA DR. LUIS QUITO NOVIEMBRE A DICIEMBRE DEL 2017
- 11-CALCÍN ROMERO, NAHARDA GLORIA CORRELACIÓN ENTRE EL DIAGNOSTICO ECOGRAFICO PREOPERATORIO DE MACROSOMIA FETAL Y EL PESO DEL RECIEN NACIDO EN PACIENTES CESAREADAS DEL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA EN EL AÑO 2012
- 12-LLACSA CHACON HENRY ARTURO DETECCIÓN ECOGRÁFICA DE MACROSOMIA FETAL Y RESULTADOS PERINATALES DE ENERO A DICIEMBRE DEL 2014. HOSPITAL MARINO MOLINA SCIPPA – COMAS LIMA – PERÚ 2014

- 13-SUÁREZ BENDEZÚ KARLA VÁLERY: PATOLOGÍAS MÁS FRECUENTES DIAGNOSTICADAS POR ECOGRAFÍA OBSTÉTRICA EN LA PRIMERA MITAD DEL EMBARAZO EN PACIENTES ATENDIDAS EN LA INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD JESÚS MARÍA. ESSALUD. ENERO – MARZO 2015. LIMA – PERÚ
- 14-FONSECA HUANCA, DORA “VALORACIÓN DE LA ECOGRAFÍA OBSTÉTRICA PARA EL DIAGNÓSTICO DE CIRCULAR DEL CORDÓN EN GESTANTES QUE ACUDEN AL HOSPITAL HERMILIO VALDIZÁN DE HUÁNUCO 2015
- 15-HERNÁNDEZ RUIZ M. ULTRASONOGRAFIA 11-13.6 SEMANAS. THE FETAL MEDICINE FOUNDATION, LONDRES (UK); JUNIO 2012. ACCESO LIBRE EN INTERNET: 30 DE AGOSTO DE 2014.
- 16-CARGILL Y, MORIN L, CONTENT OF A COMPLETE ROUTINE SECOND TRIMESTER OBSTETRICAL ULTRASOUND EXAMINATION AND REPORT, JOURNAL OF OBSTETRIC AND GYNAECOLOGY-CANADÁ 2011
- 17-ORMEÑO G. CÁLCULO DE EDAD GESTACIONAL MEDIANTE ULTRASONOGRAFÍA POR EVALUACIÓN DE LA MEDIDA DEL CEREBELO FETAL EN GESTANTES ENTRE LAS 19 Y 25 SEMANAS. CLÍNICA SANTA LUZMILA. UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS. JULIO – SETIEMBRE 2014. PERÚ. 48
- 18-BURAK Z. UTILIDAD DEL PRIMER TRIMESTRE ECOGRAFÍA ANTES DE LAS 11 SEMANAS DE GESTACIÓN. WOMEN'S HEALTH EDUCATION AND RESEARCH HOSPITAL, HAMAMONU, ANKARA,

TURKEY. INTERNATIONAL SCHOLARLY RESEARCH NETWORK
ISRNB OBSTETRICS AND GYNECOLOGY VOLUME 2012

19-SOLER P, DE LORENZO J. ECOGRAFÍA DE LA PLACENTA,
CORDÓN UMBILICAL Y LÍQUIDO AMNIÓTICO. EVALUACIÓN
ECOGRÁFICA DE LA PLACENTA, 2016. ESPAÑA

20-BURAK Z. UTILIDAD DEL PRIMER TRIMESTRE ECOGRAFÍA ANTES
DE LAS 11 SEMANAS DE GESTACIÓN. WOMEN'S HEALTH
EDUCATION AND RESEARCH HOSPITAL, HAMAMONU, ANKARA,
TURKEY. INTERNATIONAL SCHOLARLY RESEARCH NETWORK
ISRNB OBSTETRICS AND GYNECOLOGY VOLUME 2012

21-REVISTA BRASILEIRA DE ULTRASSONOGRÁFIA: RBUS /
SOCIEDADE BRASILEIRA DE ULTRASSONOGRÁFIA. - ED. 16
(MARC. 2014) EDITOR: SOCIEDADE BRASILEIRA DE
ULTRASSONOGRÁFIA

22-[HTTP://WWW.JULTRASOUNDMED.ORG/CONTENT/27/4/637.FULL
?IJKEY=488D9250C1A637D9FFAF3BEEA85E99CC468372BD&KEYTYPE2=TF_IPSECSHA](http://WWW.JULTRASOUNDMED.ORG/CONTENT/27/4/637.FULL?IJKEY=488D9250C1A637D9FFAF3BEEA85E99CC468372BD&KEYTYPE2=TF_IPSECSHA)

21.- ECOGRAFÍA - WIKIPEDIA, LA ENCICLOPEDIA LIBRE 2012

[HTTPS://ES.WIKIPEDIA.ORG/WIKI/ECOGRAFÍA](https://es.wikipedia.org/wiki/ECOGRAFÍA)

22.- MARTÍNEZ BARRIENTOS MARIO. MONOGRAFÍAS 2012

23. B ECEMENDÍA TOCABENS - 2011

24.- GUÍAS NACIONALES DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA: LIMA, MINISTERIO DE SALUD, 2014

25. GUÍAS NACIONALES DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA: LIMA, MINISTERIO DE SALUD, 2016

26. GUÍAS NACIONALES DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA: LIMA, MINISTERIO DE SALUD, 2018

ANEXOS

MATRIZ DE CONSISTENCIA

IMPORTANCIA DEL USO DE LA ECOGRAFIA EN EL DIAGNOSTICO DE COMPLICACIONES MATERNO FETALES, EN GESTANTES DEL CENTRO DE SALUD PERU COREA- HUÁNUCO-2018

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPOTESIS	VARIABLES	DISEÑO	POBLACION Y MUESTRA
General: ¿Cuál es la importancia del uso de la ecografía en el diagnóstico de complicaciones materno fetal, en gestantes del centro de salud Corea-Huánuco-2018?	General: Determinar cuál es la importancia del uso de la ecografía en el diagnóstico de complicaciones materno fetal, en gestantes del centro de salud Corea- Huánuco-2018.	HI: El uso de la ecografía es importancia en el diagnóstico de complicaciones materno fetal, en gestantes del Centro de Salud Perú Corea – Huánuco 2018	Variable Independiente Importancia de la ecografía	Método Descriptivo	Población 251 gestantes MUESTRA 129 gestantes
	O. ESPECIFICO	H. NULA	Variable Dependiente	Tipo	Técnicas-instrumentos
¿Cuál es la sensibilidad de la ecografía en el diagnóstico de complicaciones materno fetal, en gestantes del centro de salud Corea-Huánuco-2018?	Determinar la sensibilidad de la ecografía en el diagnóstico de complicaciones materno fetal, en gestantes del centro de salud Corea- Huánuco-2018	Ho: El uso de la ecografía es importancia en el diagnóstico de complicaciones materno fetal, en gestantes del Centro de Salud Perú Corea – Huánuco 2018	Complicaciones maternas fetales	Descriptivo	Revisión documentaria
¿Cuál es la especificidad de la ecografía en el diagnóstico de complicaciones materno fetal, en gestantes del centro de salud Corea-Huánuco-2018?	Determinar la especificidad de la ecografía en el diagnóstico de complicaciones materno fetal, en gestantes del centro de salud Perú Corea-Huánuco-2018			Trasversal	Instrumento: Ficha de recolección de datos elaborado por el investigador.
¿Cuáles son las características maternas y obstétricas de las gestantes del centro de salud Corea- Huánuco-2018	Determinar las características maternas y obstétricas de las gestantes del centro de salud Corea-Huánuco-2018			Prospectivo	

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Nro. HC:.....

CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LAS GESTANTES

Edad gestacional por: Fecha de última menstruación

☐ 37sem

☐ 38sem

☐ 39sem

☐ 40sem

☐ 41sem

Ultrasonografía:

☐ 37sem

☐ 38sem

☐ 39sem

☐ 40sem

☐ 41sem Parto

Vía del parto:

☐ Vaginal

☐ Abdominal

**PONDERADO FETAL Y DEL RECIÉN NACIDO Ponderado fetal
ultrasonográfico**

- ☐ Peso entre 3501- 4000
- ☐ Peso entre 4001-4500
- ☐ Peso 4501 a más Peso del Recién Nacido
- ☐ Recién nacido normo peso: entre 2500 y 3000 gramos
- ☐ Recién nacido normo peso: entre 3001 y 3500 gramos
- ☐ Recién nacido normo peso: entre 3501 y 4000.
- ☐ Recién nacido macrosómico: Peso mayor 4001 g

II. Características personales.

Edad:

- ☐ 15 – 19 años
- ☐ 20 – 24años
- ☐ 25 – 29 años
- ☐ 30 – 34 años
- ☐ 35 a más

Estado Civil.

- ☐ Soltero
- ☐ Casado
- ☐ Conviviente
- ☐ Divorciado

Paridad

- e. Nulípara
- f. Primípara
- g. Multípara
- h. Gran multípara

• Semana de Inicio del Control prenatal

< 12 semanas

13 a 20 semanas

PATOLOGÍAS MÁS FRECUENTES DIAGNOSTICADAS POR ECOGRAFÍA OBSTÉTRICA DURANTE EL EMBARAZO

1. Embarazo múltiple
2. Sufrimiento fetal
3. Placenta previa
4. DPP
5. Oligoamnios
6. Polihidramios
7. Amenaza de aborto
8. Anomalías uterinas
9. Embarazo ectópico
10. Macrostomia fetal
11. RCIU